附件5

**申请缓缴社会保险费核准表**

日期： 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 所属行业 |  |
| 企业规模 | 大型（）中小微企业（） |
| 单位注册地址 |  | | |
| 单位生产经营地址 |  | | |
| 法人代表 |  | 联系电话（手机） |  |
| 缓缴事由 | 年 月 日（公章） | | |
| 缓缴期限 | 职工养老保险自 年 月 日起至 年 月 日止 | | |
| 工伤保险自 年 月 日起至 年 月 日止 | | |
| 失业保险自 年 月 日起至 年 月 日止 | | |
| 社会保险经办机构审核意见 | 经办人： | 审核人： | 复核人：  年月日（公章） |
| 社会保险行政部门审批意见 | 年 月 日（公章） | | |